SONO E DISTÚRBIOS DO SONO

Dra. Christina M. Funatsu Coelho – Médica Neurologista

CONSIDERAÇÕES GERAIS

O sono é um comportamento fisiológico essencial á vida e homeostase e privilegia mecanismos sub-corticais encefálicos em detrimento das atividades corticais. Os distúrbios a ele relacionados, comuns em qualquer idade, mesmo que transitórios e ocasionais, podem culminar em comprometimentos graves da saúde,no âmbito pessoal e coletivo, nos aspectos econômicos, sociais e ambientais. Constituem-se em armamentos para a formulação diagnóstica e desejado direcionamento terapêutico a busca ativa dos hábitos e vícios, não apenas do paciente mas das pessoas com ele envolvidos: tipos preferenciais dos alimentos e horários da família, o uso de medicamentos associados, acurada observação das proporções anatômicas de crânio-face-cervico-tronco e abdome. Ficar atento também às informações e apresentações clínicas indiretas (fadiga, alteração da atenção, lentidão de raciocínio, dor constante e/ou migratória, distúrbio do humor e comportamento, alterações ponderais, enurese, distúrbios cárdio-cérebro-vasculares).

O exame de polissonografia (PSG) utilizando-se de múltiplos eletrodos constitui-se na ferramenta para o registro das fases do sono e seus ciclos, confirmação da suspeita clínica e evidenciando, não raramente, distúrbios sobrepostos. Auxilia na identificação do fator de fragmentação do sono nas queixas de sono não reparador, mensura a gravidade, quantifica a apnéia e titula a necessidade da pressão aérea necessária para tratamento, estabelece o tipo de parassonia, confirma a evolução nos casos de impercepção e direciona os diagnósticos diferenciais. A complementação com o teste das latências múltiplas do sono (TLMS) deve ser realizado na sequência imediata do registro PSG documentado na noite anterior. Destina-se à quantificação objetiva da sonolência e sono no período de alerta. Consiste em cinco registros poligráficos realizados em intervalos de duas horas entre eles, sendo que em cada registro se mede o tempo que os pacientes demoram para dormir e as fases que atingem[1].

DISTÚRBIOS RESPIRATÓRIOS DO SONO[2,3]

A1-RONCO: ruído determinando durante a fase de inspiração devido à passagem do ar pelo lúmen da via respiratória parcialmente obstruída em algum ponto desde o nariz até a hipofaringe. Pode ser um sinal indireto da apnéia principalmente se associado ao relato de sonolência no período que deveria estar em vigília. A intensidade e tipo sonoro é variável de indivíduo a outro e, na mesma pessoa, pode variar em função da posição do decúbito, ingesta de substâncias miorrelaxantes, ocorrência de alimentação copiosa prévia favorecendo o refluxo gástrico.

TRATAMENTO: quando não associado à apnéia obstrutiva é mais incomodativo à convivência social do que realimente prejudicial. Se suficientemente ruidoso, comprometedor e constrangedor, medidas auxiliares importantes seriam:

- identificar dismorfismo crânio-facial seguida de correção adequada para cada tipo e gravidade;
- controle da quantidade e qualidade alimentar, principalmente previamente ao horário que se planeja o dormir;
- elevação da inclinação crânio-caudal do decúbito em ao menos 10 graus;
- promover e favorecer o decúbito lateral e evitar o decúbito dorsal. Usar o auxílio de apoios dorsais se necessário;
- aplicação dos artefatos nasais para auxílio e manutenção da via respiratória alta pérvia;
- aplicação de aparelho intra-oral para uso exclusivo no período do sono abrindo espaço suficiente na faringe para o fluxo aéreo da respiração. Deverá ser elaborado especificamente por profissional da área e de acordo com as medidas antropométricas do paciente. O artefato deve manter a antero-projeção mandibular por discreta tração e buscar contenção mandibular e da língua visando a contenção dos tecidos intra-orais e não a correção definitiva;
- evitar substâncias sedativas e outras que reduzam a luz respiratória por relaxamento muscular, favorecimento do refluxo gástrico com conseqüente edema de palato, faringe e até bronco-constricção.

A2-APNÉIA OBSTRUTIVA[4]: constitui-se em uma das causas de sonolência e fadiga no período da vigília pela interrupção do período do sono e é mais freqüente no gênero masculino. Sua presença ao longo dos anos encontra-se associada à importante morbidade em seus portadores. A sonolência excessiva diurna diminui a produtividade, compromete a função social e acarreta acidentes, principalmente com veículos automotores. É uma provável causa da hipertensão, infarto do miocárdio, arritmias cardíacas, doença coronariana e acidente vascular cerebral.

Caracteriza-se por pausas respiratórias na fase inspiratória, de duração maior ou igual a dez segundos, culminando com a superficialização do sono, frequentemente associado à queda da saturação de hemoglobina. Nas obstruções completas, o esforço inspiratório é ainda maior, o ronco não ocorre. Comumente é sucedido por despertar e inspiração profunda e ressuscitativa, não recordados pelo próprio indivíduo. Habitualmente, a fase expiratória não exige esforços e não é motivo de desconforto, opostamente ao observado nas doenças primárias pulmonares, a exemplo dos broncoespasmos.

TRATAMENTO: ventilação com pressão aérea positiva (PAP) durante o período de sono, através de aparelho propulsor de fluxo de ar intermediado por máscara de melhor adaptação (nasal/oro-nasal/facial), conforto e funcionalidade de acordo com as medidas antropométricas e gravidade obstrutiva aquele indivíduo. A pressão do fluxo aéreo necessário para manter pérvio o caminho respiratório é determinada em laboratório do sono. Poderá ser contínua tanto na inspiração como na expiração (CPAP), menor na expiração (BiPAP) ou ter a PAP deflagrada a partir da ausência da pressão negativa inspiratória (V-PAP). Substâncias para relaxamento e obtenção do sono nesse momento podem ser utilizadas com segurança e auxiliam no processo adaptativo e de familiarização com o equipamento e acessórios.

O tratamento cirúrgico deverá ficar reservado para as situações em que a intervenção seja decisivamente o fator definitivo de correção.

A3-APNÉIA CENTRAL[5]: observa-se uma pausa respiratória mas não acompanhada do esforço para promover o fluxo inspiratório durante o sono. A obstrução não é fator impeditivo mas outras condições presentes: desequilíbrio ácido-básico, alterações barométricas, substâncias químicas e farmacológicas, alterações neurológicas primárias e secundárias do centro respiratório.

TRATAMENTO: seguem as mesmas orientações referidas na apnéia obstrutiva.

A4-SÍNDROME DA HIPOVENTILAÇÃO DO SONO: nos casos de obesidade mórbida, doença restritiva/obstrutiva pulmonar crônica, doenças neuromusculares e medulares, observa-se a elevação anormal e mantida da pressão de CO_2 resultando em hipoxemia, hiperglobulia, hipertensão pulmonar *e cor pulmonale* com adaptação dos barorreceptores e elevação do limiar de deflagração do estímulo inspiratório autônomo.

TRATAMENTO: controle e adequação dos fatores clínicos desencadeantes e/ou perpeturadores do quadro apnéico central. Associação com máscara para CPAP. Nos casos de desequilíbrio ácido-básico, a administração da substância acetazolamida 500 a 1.000 mg/dia. Em situações mais raras a clomipramina 10 a 75 mg/dia e oxigenioterapia. Menos eficazes seriam as opções teofilina, naloxene e acetato de medroxiprogesterona.

A- **INSÔNIAS[6,7,8,9,10]:** Sensação de sono insatisfatório e não reparador, quantitavamente e/ou qualitativamente. Pode ser classificada de acordo com:

B1 – horário predominante de ocorrência no período do sono (inicial, intermediária, despertar precoce ou mista);

B2 – tempo de duração (aguda, crônica, aguda recorrente);

B3- etiologia secundária (outras causas ou doenças associadas levando ao sono entrecortado: sintomas dolorosos, respiratórios, psiquiátricos, neurológicos, sistema digestório entre outros);

B4- etiologia primária (psicofisiológica ou determinada após fato marcante/traumatizante), redução da de percepção /impercepção do dormir, fatores extrínsecos / ambientais (ruídos e condições inaproriadas do ambiente de sono e conjunto de objetos que compõe o leito), situacional aguda/ recente, hiperalerta (excessivo e mantido estímulo mental), efeito colateral medicamentoso ou químico (terapêutico, por abuso ou ilícito);

B5- distúrbios circadianos determinados por alterações cronobiológicas e relacionadas a fases do sono - atraso da fase do sono (o período de sono ocorre sempre mais tarde que o desejado, podendo ser confundido com insônia inicial) / avanço da fase do sono (o período de sono ocorre sempre antes que o desejado, podendo ser confundido com insônia com despertar precoce). Algo semelhante é o que pode ser observado nas alterações de fuso horário, no *jet lag* e trabalhadores em turnos ou turnos irregulares.

TRATAMENTO[11,12]:

- busca persistente para a higiene do sono até a observação do condicionamento ou seja, controle rigoroso dos hábitos (ver tabela 1);
- o sono compensatório no período da vigília deve ser proibido (salvo excessões nas doenças, cirurgias, período pós gestacional);
- redução das substâncias estimulantes (cafeinados, xantinas, colados, termogênicos, estimulantes da queima calórica), controle dos fatores provocadores (doenças) e perpetuadores (busca por ambiente aconchegante e controle do hábito mental em busca do relaxamento opostamente à busca por planejamento e soluções das atividades diurnas);
- terapias comportamentais são de indicação universal mas especialmente nas insônias de etiologias primária e crônica;
- terapias farmacológicas isoladamente são melhor aceitas na fase aguda, aguda recorrente e situacional (momentânea). Nos demais tipos **deverá** ser simultânea à terapia comportamental.

SUGESTÕES GERAIS PARA O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO[13,14]:

- Atenção para gênero, profissão, doenças associadas que são contra-indicadoras (neuro-musculares, oculares), tipo da insônia com meta na determinação da duração almejada do efeito terapêutico (inicial, intermediária ou com despertar precoce) e presença predominantes de sintomas de ansiedade também durante o período da vigília:
- Almejar as doses menores possíveis em quantidade e em tempo de uso a menos que a prescrição tenha uma indicação associada (distúrbio psiquiátrico, dor crônica);
- Indutores do sono não benzodiazepínicos e hipnóticos de meia-vida curta (até quatro horas) e de início de ação rápida são usados para insônia inicial, aguda recorrente, situacional. Causam menos efeitos residuais após o despertar (Tabela 2 e tabela 3);
- Hipnóticos benzodiazepínicos de meia-vida intermediária e longa (10 a 20 horas) podem ser aconselhados nas insônias intermediária, com despertar precoce, situacional, aguda recorrente e quando se almeja os efeitos ansiolíticos no período de alerta;
- Antidepressivos podem ser indicados para o tratamento das insônias crônicas, com ou sem as manifestações depressivas. A escolha dependerá da presença de doenças associadas (neurológicas, degenerativas, algia crônica), interação medicamentosa, perfil mais sedativo ou busca por efeito ansiolítico associado. (Tabela 4);
- Antipsicóticos podem ser indicados nos pacientes com distúrbios psiquiátricos associados: fenotiazínicos (clorpromazina, tioridazina, levopromazina), haloperidol, risperidona, olanzapina, quetiapina.
- Melatonina, neuro-hormônio liberado na ausência do estímulo luminoso apresenta uma meia-vida curtíssima, em torno de 40 minutos, pode ser usada na dose entre 6 mg a 10 mg para reduzir a latência do sono nos transtornos relacionados com mudança rápida de zonas de fuso horário, trabalho em turnos, atraso de fase do sono e insônia em cegos.

C – SONO EXCESSIVO (SE)[15,16]: sensação de sono durante o período de alerta/vigília, em momentos não propícios, não desejados, comprometedores, incapacitantes e prejudiciais nos aspectos social e laborativo, independentemente da quantidade de sono desenvolvido no período do dormir. Deve ser diferenciado do sono no período da vigília observado nas alterações cronobiológicos das fases, insônia, parassonias, distúrbios respiratórios. Podem ser:

C1-secundários (lesões funcionais e anatômicas do sistema nervoso central);

C2- primários (dormidores longos, fisiologicamente necessitam de mais horas de sono);

C3- narcolepsia - episódios de ***sono incoercível*** *e* incapacitante em vários episódios do período de alerta, independentemente da qualidade do sono no período de dormir, ***cataplexia*** (perda súbita do tônus da musculatura estriada especialmente deflagrada por emoções), ***alucinações*** na transição vigília-sono (hipnagógicas) ou sono-vigília (hipnopômpicas) e ***paralisia do sono*** (transitória e breve atonia da musculatura estriada que ocorre ao despertar do período de dormir).

TRATAMENTO[17,18]:

• Direcionado aos fatores provocadores na SE de causa secundárias;
• Para a SE primária os cochilos programados em horários estipulados ou previamente à momentos que sabidamente exigirão grande risco e atenção (reuniões, direção de veículos, aulas);
• Para a narcolepsia os cochilos programados associado à substâncias estimulantes (Tabela 5).

D – PARASSONIAS[19,20]

Manifestações clínica e comportamental que ocorrem durante o sono, período onde fisiologicamente a inatividade física e hipotonia da musculatura axial e apendicular devem ocorrer, em intensidades crescentes com a evolução das fases até a completa atonia na fase REM (rapid eye movement).

D1- PARASSONIAS DA TRANSIÇÃO VIGÍLIA-SONO[21,22]**: a)** síndrome das pernas inquietas (**SPI**) caracterizada pela sensação de desconforto, comumente nos membros inferiores, predominando em panturrilha, mas poderá ser global. É exacerbada durante o repouso, ao entardecer, a noite e com a sonolência. Ocorre a necessidade urgente, compulsiva e irresistível de movimentos e estiramento, impedindo o sono e muitas vezes obrigando o indivíduo a sair do repouso para caminhar. **SPI** faz parte da síndrome do movimento periódico dos membros (**SMPM**), mas pode estar presente isoladamente. Pode ser **a1-** idiopática ou **a2-** secundária a neuropatia periférica, insuficiência vascular, carências vitamínicas, de ferritina, ferro e de ácido fólico, alterações metabólicas e ingesta de substâncias estimulantes. **b)** outras: jactatio capitis/head banging/ body rocking, mioclonias do sono.

TRATAMENTO[23]: Para todos os tipos citados o controle da ingestão de substâncias estimulantes, dos fatores deflagradores e estímulo à atividades físicas.
• Para **SPI** as substâncias agonistas dopaminérgicas administradas após o jantar ou próximo ao horário de dormir: pramipexol 0,125 a 1,0 mg, carbidopa-levodopa 25 a 100 mg; pergolide, 0,05 até 1,0 mg.
• Para as outras parassonias e em doses fracionadas de acordo com o perfil clínico do paciente e presença de co-morbidades e tratamentos associados: clonazepam 0,25 a 1,0 mg; gabapentina 300 a 1.200 mg ao dia; carbamazepina 200 a 1.000 mg; baclofen 5 a 40 mg.

D2- PARASSONIAS DA TRANSIÇÃO SONO-VIGÍLIA[24]**:** determinado por um despertar parcial do estágio NIII do sono N-REM e REM, fase onde a atonia muscular por inibição do neurônio motor não é completa. O indivíduo pode ou não interagir com ordens simples e não se recorda do ocorrido após o despertar. Apresentações mais freqüentes: a**)** alucinação hipnopômpica; **b)** terror noturno – manifestação autonômica vigorosa (taquicardia, sudorese) associada à gritos intensos, fácies de medo intenso e repulsa. O despertar é difícil mas quando ocorre, não há recordação do ocorrido, mal estar ou dor**; c)** despertar confusional- confusão e desorientação, fala arrastada e não coerente, atos inapropriados na sequência do ato de despertar. Duração variável, com recuperação plena**; d)** sonambulismo – mais comum em crianças é caracterizado por atividade motora automática de variada complexidade e duração, não propositada ou coerente, mantendo a capacidade para obedecer a comandos simples; **e)** distúrbio alimentar do sono – episódios freqüentes de alimentação enquanto no período do sono. Os alimentos não selecionados, não há lembrança da ocorrência e não se encontra associado ao distúrbio alimentar do período da vigília. Deve ser diferenciado da compulsão alimentar que ocorre com o indivíduo em estado de alerta; f**)** paralisia do sono (já citado na sessão narcolepsia, não sendo ocorrência exclusiva, podendo ser uma manifestação fisiológica do sono normal).

TRATAMENTO: Para todos os tipos higiene do sono, controle da ingesta das substâncias estimulantes, dos fatores deflagradores e estímulo à atividades físicas, medidas de redução da ansiedade.
No caso do sonambulismo pode-se usar cautelosamente benzodiazepínicos ou antidepressivos. A proteção do ambiente, evitando móveis e objetos cortantes, janelas trancadas e sinalizadores nas portas se torna imperativa.

D3- PARASSONIAS DO SONO N-REM[2021,22,25,26]**:** a) síndrome do movimento periódico dos membros (**SMPM**) tem o diagnóstico definitivo por PSG, com o registro da contração do músculo tibial anterior, flexão dos membros e hiperextensão do halux. O movimento ocorre de maneira repetitiva e periódica, levando a microdespertares, fragmentação do sono e conseqüente sonolência nos períodos de vigília; b) bruxismo – atividade mastigatória rítmica, com importante contratura da musculatura mandibular e temporal promovendo ruído promovido pelo atrito e ranger dos dentes. Pode levar a sono fragmentado e queixa de cefaléia e dor em articulação temporo-mandibular durante a vigília. Ao exame pode ser observado desgaste das espículas e fraturas odontais; c) enurese noturna – emissão do fluido vesical durante o período do sono, não seguido do despertar e sem a lembrança da sensação da plenitude vesical; d) sonilóquio – articulação verbal com clareza de pronúncia e sequência verbal e coerência de variável intensidade. O conteúdo não é estabelecido com fatos reais vivenciados o período da vigília. Pode ser induzido e ter interação não coerente com um observador. O despertar pode ocorrer, sem lembrança do ocorrido; e) distonia paroxística noturna – posturas distônicas associadas a movimentos balísticos, com rotação cefálica e de tronco e semi-flexão dos membros de variável duração, não associado à alteração no registro eletroencefalográfico; f) eventos epilépticos noturnos e epilepsia do lobo frontal noturna (**NFLE**) – eventos agrupados, isolados ou em surtos recorrentes em um mesmo período do sono, associados à movimentos clônicos repetitivos, hipercinéticos desordenados e se iniciam com respiração ruidoso e arfagem. O período da vigília decorre com mal estar de variável intensidade e associado à alteração no registro eletroencefalográfico.

TRATAMENTO: Para todos os tipos: terapia comportamental, higiene do sono, controle da ingesta das substâncias estimulantes, dos fatores deflagradores, inventário dos hábitos diários alimentares e mentais, estímulo à atividades físicas regulares.
• Para **SMPM** seguem as propostas aplicadas à síndrome das pernas inquietas (**SPI**);
• Para bruxismo a elevação do decúbito e controle do refluxo gástrico, anti-depressivos ou ansiolíticos, aparelho intra-oral para redução do atrito das facetas odontais;
• Para enurese noturna a restrição líquida próximo ao horário de sono, promoção de despertares em horários pré determinados para esvaziamento vesical. Medicamentoso: imipramina 10 a 100 mg; cloridrato de oxibutinina 5 a 20 mg;
• Para distonia paroxística noturna anti-depressivos, ansiolíticos;

• Para eventos epilépticos e **NFLE,** drogas antiepilépticas acoplados à investigação direcionada para tal. Quando associados a outras parassonias avaliar drogas gabaérgicas (gabapentina na dose de 300 a 1200 mg/dia) e benzodiazepínico/barbitúrico.

D4- PARASSONIAS DO SONO REM[9,20,21]: a) distúrbio comportamental do sono REM (DCSREM), caracterizado pela falência da atonia dos grupos musculares estriados axiais e apendiculares. Ocorrem movimentos abruptos, brutos e até violentos, geralmente em homens acima dos 50 anos, secundariamente à outras doenças do sistema nervoso, especialmente o parkinson e demência. Ocorre a lembrança do ocorrido como ou associado à sonho vívido, opostamente ao que ocorre no terror noturno e sonambulismo.

TRATAMENTO: terapia comportamental, higiene do sono, controle da ingesta das substâncias estimulantes, dos fatores deflagradores e estímulo à atividades físicas. Medicamentoso: clonazepam 1 a 3 mg ao deitar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1.Riemann D. Does effective management of sleep disorders reduce depressive symptoms and the risk of depression? Drugs. 2009; 2:43-44.

2.Arzt M, Young T, Peppard PE. Dissociation of obstructive sleep apnea from hypersomnolence and obesity in patients with stroke. Stroke. 2010; 42:129-34.

3.Waman JA, Graupe D, Carley, DW. Real-time of disorder breathing events in people with obstructive events in people with obstructive sleep apnea. Sleep and Breathing. 2015; 19 (1):205-12.

4. Balachandran J.S, Patel S.R. Obstructive sleep apnea. Ann Int Med. 2014; 161(9): 1-16.

5. Costanzo M.R, Khayat R, Ponikowski P, Augostini R, Stellbrink C, Mianulli M, Abraham W.T. Mechanisms and Clinical Consequences of untreated central sleep apnea in heart failure. J Am Col Cardiol. 2015; 65 (1):72 – 84.

6.Summers M, Crisóstomo M, Stepanski E. Recent contemporary reviews in sleep medicine: developments in the classification, evaluation and treatment of insomnia. Chest, 2006;130:276-86.

7. Gumenyuk V, Belcher R, Drake C.L, Roth T. Differential sleep, sleepiness, and neurophysiology in the insomnia phenotypes of shift work disorder. Sleep. 2015; 38(1): 119 – 26.

8. Morgenthaler T.I, Lee Chiong T, Alessi C, Friedman L, Aurora R.N, Boehlecke B, et al. Practice parameters for the clinical evaluation and treatment of circadian rhythm sleep disorders. Sleep. 2007; 30 (11): 1445 - 59 .

9. Trotti L.M. REM Sleep Behaviour Disorder in older individuals epidemiology, pathophysiology and management. Drugs & Aging. 2010; 27 (6): 457 – 70.

10. Lee E.K, Douglass A.B. Sleep in Psychiatric Disorders: Where Are We Now? Can J Psychiatr. 2010; 55 (7): 403 – 412.

11. MacFarlane J, Morin C.M, Montplaisir J. Hypnotics in insomnia: The Experience of Zolpidem. Clin Ther. 2014; 36 (11): 1676 – 1701.

12.Neckelmann D, Mykleton A, Dahl AA. Chronic insomnia in the course depression and anxiety disorders. Sleep; 2007;30:873-80.

13.American Academy of Sleep Medicine Review. Neripharmacological treatment o chronic insomnia. Sleep. 1999; 22:1134-56.

14.Costello RB, Lentino CV, Boyd CC, O'Conell ML, Crawoford CC, Sprenguel ML, Deuster PA. The effectiveness of melatonin for promoting healthy sleep: a rapid evidence assessment of literature. Nutri J. 2014;13 (11):106.

15.Benerjee D, Vitello MD, Grusntein RR. Pharmacotherapy for excessive daytime sleepness. Sleep Med Rev. 2004;8:339-54.

16.Gulyani S, Salas RE, Gamaldo CE. Sleep medicine pharmacotherapeutics overview: today, tomorrow, and the future (part 2: hypersomnia, parasomnia, and movement disorders). Chest. 2013; 143 (1): 242 – 51.

17.Billiard M. Diagnosis of narcolepsy and idiophatic hypersomnia: an update based on the International Classifications of Sleep Disorders, 2nd ed. Sleep Med Rev.2007;11:377-88.

18.Aióe F, Alves RC, Araújo JF, Azevedo A, Bacelar A, Bezerra M, et al. Diretrizes brasileiras para o tratamento da narcolepsia. Rev Bras Psiquiatr. 2010; 32 (3): 307:17.

19. Fois C, Wright MA, Sechi G, Walker MC, Eriksson SH. The utility of polysomnography for the diagnosis of NREM parasomnias: an observational study over 4 years of clinical practice. JOURNAL OF NEUROLOGY. 2015; 262 (2): 385 – 93.

20. Howell MJ. Parasomnias: an updated review. Neurotherapeutics. 2012; 9(4): 753 – 75.

21.Garcia-Borreguero D, Odin P, Serrano C. Restlesslegs disease and PD – a review of evidence for a possible association. Neurology. 2003; 61:S49-55

22. Hornyak M, Scholz H, Kohnen R. What treatment works best for restless legs syndrome? Meta-analyses of dopaminergic and non-dopaminergic medications. Sleep Medicine Reviews. 2014; 18: 153-64.

23.Aurora R.N, Kristo D.A, Bista S.R, Rowley J.A, Zak R.S, Casey K.R, Lamm C.I, Tracy S.L, Rosenberg R.S. The treatment of restless legs syndrome and periodic limb movement disorder in adults-an update for 2012: practice parameters with an evidence-based systematic review and meta-analyses: an american academy of sleep medicine clinical practice guideline. Sleep. 2012; 35 (8): 1039 – 62.

24. Carra MC, Huynh N, Lavigne GJ. Diagnostic accuracy of sleep bruxism scoring in absence of audio-video recording: a pilot study. Sleep and Breathing. 2015; 19(1): 183 – 90.

25.Derry CP. Sleeping in fits and starts: an practical guide to distinguishing nocturnal epilepsy from sleep disorders. Pract Neurol. 2014; 14:391:8.

26.Derry C. Nocturnal Frontal Lobe Epilepsy vs Parasomnias. Current Treatment Options in Neurology. 2012; 14 (5): 451 – 63.

Tabela 1- HIGIENE DO SONO

- Restringir do horário de sono e mantenha regularmente os horários de dormir e acordar;
- Só vá para a cama se e quando estiver com sono;
- Reduza a ingesta de substâncias cafeinadas (*café, coca-cola ou refrigerantes colados, chás de cores escuras, álcool*);
- Evite refeições copiosas e gordurosas a noite;
- Faça durante o período da vigília a lista de tarefas para o dia seguinte;
- Elimine fatores perturbadores no quarto (*telefone, televisão, rádio, revista, livros, número de pessoas, ruídos, relógio, luzes, poeira, condições de colchão, travesseiro, cobertor e travesseiro*);
- Tome leite morno e carboidratos (*pequena quantidade*) antes de dormir;
- Se demorar a dormir mais que 15 minutos saia da cama e vá para outro ambiente, porém de pouca iluminação. Procure atividade pouco estimulante até que o sono reapareça. Repita isso quantas vezes forem necessárias;
- Procure fazer atividades físicas regularmente, porém até seis horas previamente ao horário de dormir;

TERAPIA COGNITVA e COMPORTAMENTAL

- Estabelecer rituais e rotinas previamente ao horário de ir dormir (*condicionamento*);
- Evite pensamentos **ruminativos**, procure substituir por pensamentos e imagens relaxantes e agradáveis;
- Se possível procure resolver os problemas domésticos e familiares em outro horário, com maior intervalo de tempo;
- Aquecer os pés;
- Aprenda técnicas de relaxamento muscular;

REGRAS

- Cama somente para dormir e sexo;
- Não faça cochilos durante o dia;
- Deixe o ambiente bem iluminado até duas horas antes do horário planejado de ir dormir;
- Acorde sempre no mesmo horário independentemente da hora que foi dormir;

TRABALHO em TURNOS

- Mantenha os horários de sono mesmo nos períodos de folga, feriados e férias.

Tabela 2 -

Hipno-indutores NÃO benzodiazepínicos	***Meia-vida (horas)***	***Tempo para início do efeito (min)***	***Dose (mg)***
Zolpidem	2 -5	20 – 30	5 – 10
Zaleplon	1 -2	15 – 30	5 –10
Zopiclone	3 – 6	15 –30	3,75 – 7,5

Tabela 3 -

Hipno-indutores benzodiazepínicos	***Meia-vida (horas)***	***Tempo para início do efeito (min)***	***Dose (mg)***
Alprazolam	12 ± 2 30	60	0,5 – 2
Clordiazepóxido	10 ± 3,4	variável	50 – 100
Clonazepam	23 ± 5	20 – 60	1 – 3
Clorazepato	2 ± 0,9	30 – 60	3,75 – 20
Diazepam	43 ± 13	variável	5 – 10
Estazolam	10 – 24	15 – 30	1 – 2
Flunitrazepam	11 – 20	variável	0,5 – 1,5
Flurazepam	74 ± 24	15 – 20	15 – 30
Lorazepam	14 – 5	30 – 60	2 – 4
Midazolam	1,9 ± 0,6	10 – 20	7,5 – 15
Nitrazepam	25 – 35	variável	2,5 – 10
Oxazepam	8 ± 2,4	30 – 60	15 – 30
Triazolam	2,9 ± 1,0	15 – 30	0,125

Tabela 4 -

Antidepressivo	Classe	Anti-colinérgico	Sedação	Insônia	Hipotensão postural	Disfunção sexual	Ganho de peso	Dose (mg)
amitriptilina	TC	++	++	-	++	+	++	25-150
clomipramina	TC	++	++	+	++	++	+	25-150
imipramina	TC	++	+	+	++	+	-	10-150
nortriptilina	TC	+	+	+	+	+	-	10-150
citalopram	ISRS					+	+	50-200
escitalopram	ISRS							10-50
sertralina	ISRS							50-200
fluoxetina	ISRS					+		20-80
fluvoxamina	ISRS							100-200
paroxetina	ISRS							20-80
venlafaxina	ISRSNa			+		++		37,5-300
desvenlafaxina	ISRSNa							50-150
duloxetina	ISRSNa			+		++		30-120
maprotilina	IRS	++				+		25-100
reboxetina	IRS	+				+		4-16
trazodona	AntiR				++			50-200
miaserina	AntiR	+						30-90
mirtazapina	AntiR		+				++	30-90
bupropiona	AgoDo			++				150-300
agomelatina	RM							25-100

Legenda: ++ efeito forte;+ efeito moderado; - efeito ausente ou fraco; IRSR= inibidor seletivo da recaptação da serotonia; IRSNa = inibidor seletivo da recaptação da serotonia e da noradrenalina (dual); IRS= inibidor da recaptação da serotonina; AgoDo = agonista dopaminérgico; RM=receptor melatoninérgico.

Tabela 5-

Psicoestimulantes	***Meia-vida (horas)***	***Dose (mg) recomendada***
Metilfenidato	2 -5	10 – 60
Lisdexanfetamina	16 - 30	30 -60
Modafinila	12 – 14	200 - 600
Mazindol	10	2 - 8
Selegilina	1 - 2	10 – 40
Cafeína	3 -6	100 -400